

5. Luna Rodríguez C, Menárguez Puche J, Alcántara Muñoz P, Aroca García MD, Aguilar Martínez J. Infraestructura existente en atención primaria de Murcia para la práctica de cirugía menor. Granada: Congreso Internacional de Medicina Familiar y Comunitaria, 13-16 de noviembre, 1996.
6. Arribas Blanco JM, Gil Sanz ME, Sanz Rodrigo C, Morón Merchante I, Muñoz-Quirós Aliaga S, López Romero A, et al. Efectividad de la cirugía menor dermatológica en la consulta del médico de familia y satisfacción del paciente en relación con la cirugía ambulatoria. *Med Clin (Barc)* 1996; 107: 772-5.
7. López Santiago A, Lara Peñaranda R, De Miguel Gómez A, Pérez López P, Ribes Martínez E. Cirugía menor en atención primaria: la satisfacción de los usuarios. *Aten Primaria* 2000; 26: 91-5.

■ Neumomediastino espontáneo idiopático: a propósito de un caso

Sr. Director:

La presencia de aire extraluminar en el espacio mediastínico sin que se demuestre trau-

matismo previo ni enfermedad pulmonar subyacente se conoce como neumomediastino espontáneo, entidad ya descrita por Macklin en 1939^{1,2}.

Presentamos el caso de un varón de 21 años que, desde hace tres días, presenta dolor torácico retroesternal, de intensidad progresiva, que aumenta con la inspiración profunda, acompañado de dificultad para tragar y cambios en la tonalidad de la voz. En la exploración se encontró crepitación a la palpación cervical y supraclavicular bilateral con disminución global del murmullo vesicular. En la anamnesis se comprobó la presencia de vómitos de repetición en días previos.

El neumomediastino se puede producir de forma espontánea (30%) o como resultado de traumatismos u otros procesos patológicos (Tabla I).

El diagnóstico se basa en la sospecha clínica, la exploración física y las pruebas complementarias de analítica e imagen².

El 85% de los casos aparece en varones de entre 15 y 40 años y se manifiesta como dolor torácico retroesternal, opresivo, de inicio brusco, irradiado a miem-

bro superior izquierdo, hombro, cuello y espalda, de duración variable (desde minutos hasta horas), que aumenta con la inspiración profunda, la tos y los movimientos.

Otros signos y síntomas son: disnea (80%), disconfort cervical (20%) con dolor de garganta, dolor o hinchazón del cuello, cambios en el tono de la voz o dificultad para tragar, enfisema subcutáneo (90%) y/o el signo de Hamman (crepitación a la auscultación retroesternal sincrónica con el latido y que se modifica con la inspiración y la posición)³⁻⁶.

Las pruebas analíticas de urgencia (hemograma, bioquímica elemental y gasometría arterial basal) y el electrocardiograma suelen ser normales. En la radiografía simple de tórax, posteroanterior y lateral, se manifiesta como aparición de burbujas de gas rodeando las estructuras mediastínicas. Los signos radiológicos clásicos (Figs. 1 y 2) son el signo del diafragma continuo (presencia de aire entre pericardio y diafragma), el signo de la V de Naclerio (presencia de aire entre aorta descendente y hemidiafragma izquierdo) y, en niños, el

Tabla I

CAUSAS DE NEUMOMEDIASTINO

Patogenia	Condición subyacente	Causa
Rotura alveolar asociada a presión alveolar alta	Obstrucción de la vía aérea	Asma, cuerpos extraños, laringitis aguda obstructiva, estenosis congénita
	Ventilación mecánica	Anestesia general, presión positiva al final de la espiración
	Maniobras respiratorias bruscas	Actividad estenuante, acidosis, maniobras de capacidad vital
	Traumatismos torácicos	Lesiones penetrantes
	Maniobras de Valsalva	Coger pesos, defecación, maniobra de Heimlich, parto, inhalación de cocaína y marihuana
	Vómitos	Cetoacidosis diabética, anorexia nerviosa
	Cambios de presión atmosférica	Cambios rápidos de altitud, Enfermedad de Caisson

Tabla I

CAUSAS DE NEUMOMEDIASTINO (continuación)		
Patogenia	Condición subyacente	Causa
Rotura alveolar asociada a enfermedad alveolar	Infecciones Aspiración Distrés respiratorio del adulto Enfisema Enfermedades intersticiales pulmonares	Bacterias, virus, mycobacterias, abscesos pulmonares Sarcoidosis, silicosis
Alteraciones traqueobronquiales	Traumatismos Instrumentación Neoplasias	Biopsia broncoscópica
Perforación esofágica	Síndrome de Boerhaave Yatrogenia Traumatismos penetrantes Neoplasias	
Traumatismos y cirugía de cabeza y cuello	Perforación nasofaríngea Fracturas del macizo facial Procedimientos dentales Cirugía	Intubación traumática Intervención de lengua y tiroides Traqueostomía
Traumatismos y cirugía abdominal y retroperitoneal	Perforación intestinal Diverticulitis Hernias Cirugía de recto-sigma Traumatismos abdominales	

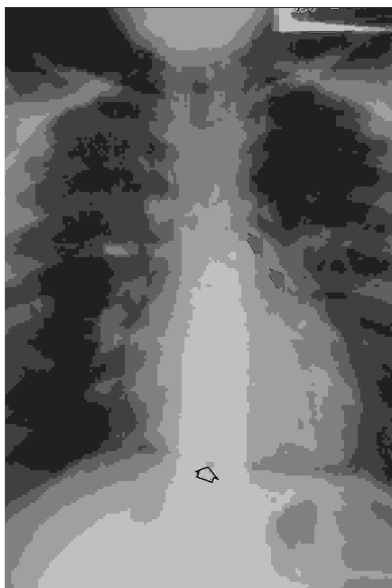


Figura 1
En la proyección posteroanterior de tórax se observa aire rodeando el arco aórtico y la arteria pulmonar; también se observa aire entre el corazón y el diafragma (signo del diafragma continuo).

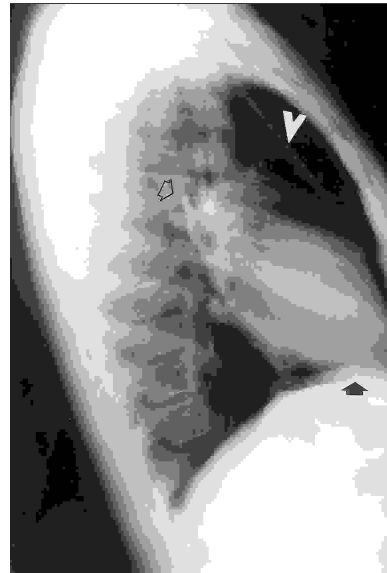


Figura 2
En la proyección lateral de tórax se observa aire rodeando arteria pulmonar, aorta descendente, tráquea y remanente tímico (signo de la vela); también se observa aire en la cara superior del hemidiafragma izquierdo (signo del diafragma continuo).

Tabla II

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL DOLOR TORÁCICO	
Cardíacas	Coronariopatías Estenosis aórtica Miocardiopatía hipertrófica Pericarditis
Vasculares	Disección aórtica Embolia pulmonar Hipertensión pulmonar severa Sobrecarga ventricular derecha
Pleuropulmonares	Pleuritis o neumonía Traqueobronquitis Neumotórax Neumomediastino Mediastinitis
Gastrointestinales	Reflujo gastroesofágico Espasmo esofágico Síndrome de Mallory-Weiss Enfermedad ulcerosa péptica Afección de vesícula y vías biliares Pancreatitis
Musculoesqueléticas	Hernia de disco vertebral Artritis de hombro o columna Osteocondritis esterno-costal y síndrome de Tietze Síndromes interescalénicos o de hiperabducción Bursitis subacromial
Otras	Trastornos de la mama Tumores de la pared torácica Herpes zóster torácico Ansiedad-depresión

signo de la vela (aire delimitando el timo)⁷. La TAC torácica se ha demostrado superior a la radiografía simple, tanto en el diagnóstico, localización y extensión del neumomediastino como en el diagnóstico diferencial, sobre todo en pacientes graves⁸. El diagnóstico diferencial debe realizar-

se con otras causas de dolor torácico (Tabla II). El curso clínico del neumomediastino espontáneo suele ser benigno y autolimitado. La resolución clínica completa se produce de uno a cuatro días y la radiológica de dos a cinco días.

El tratamiento es causal y sintomático, recomendándose repo-

so relativo durante ocho o diez días, no siendo necesario el ingreso hospitalario.

C. Castaño Yubero, L. Gómez de Montes, T. Guerra Garijo*, D. Oquillas Izquierdo*

*Servicios de Urgencias y de *Radiodiagnóstico. Hospital General de Segovia*

BIBLIOGRAFÍA

1. Macklin CC. Transport of air along sheaths of pulmonic blood vessels from alveoli to mediastinum. Arch Intern Med 1939; 64: 913-91.
2. Maunder RJ, Pierson DJ, Hudson LD. Subcutaneous and mediastinal emphysema. Pathophysiology, diagnosis and management. Arch Intern Med 1984; 144: 1447-53.
3. Hernandez JA, Sanz F, Mateos A, Ruiz R, Querol R, De Portugal J. Neumomediastino espontáneo. Rev Clin Esp 1985; 176(1): 51-2.
4. Blanquer J, Chilner E, Núñez C, Blanquer R, Muñoz J. Neumomediastino espontáneo del adulto. Rev Clin Esp 1990; 187(1): 22-4.
5. Bratton SL, O'Rourke PP. Spontaneous pneumomediastinum. J Emerg Med 1993; 11(5): 525-9.
6. Panacek EA, Singer AJ, Sherman BW, Prescott A, Rutherford W. Spontaneous. Pneumomediastinum: clinical and natural history. Ann Emerg Med 1992; 21(10): 1222-7.
7. Bejvan SM, Goswin JD. Pneumomediastinum: old and new signs. AJR 1996; 166: 1041-8.
8. Martin MF, Hlaawatsch A, Heussel CP, Schwaden F, Kauczor HU. The radiologic findings in pneumomediastinum. Value of conventional radiography and comparison with computerized tomography. Radiologia 1997; 39(10): 709-14.